

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA CUIDADO INFANTIL

ATENCIÓN: Esta solicitud se usa para solicitar **SOLO Asistencia para Cuidado Infantil de categoría 2 ó 3**. Si desea solicitar Asistencia Pública en Efectivo u otros beneficios, incluyendo la Asistencia para Cuidado Infantil de categoría 1, debe usar la *Solicitud para Ciertos Beneficios y Servicios del Estado de Nueva York (LDSS-2921)*.

NOMBRE DEL CASO		CASO N.º	REGISTRO N.º	OFICINA	UNIDAD	TRABAJADOR	FECHA DE LA CITA / /
DISTRITO	CASO TIPO: 40	Tipo de transacción de servicios: <input type="checkbox"/> Nueva apertura <input type="checkbox"/> Reapertura <input type="checkbox"/> Recertificación			Disposición: <input type="checkbox"/> Denegación	Código del motivo	<input type="checkbox"/> Retiro

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE							
PRIMER NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE		APELLIDO (incluya cualquier ALIAS o NOMBRE DE SOLTERA entre paréntesis):			TELÉFONO NÚMERO () -
DIRECCIÓN				N.º DE APTO.	CIUDAD		ESTADO CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN ANTERIOR)				N.º DE APTO.	CIUDAD		ESTADO CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN ANTERIOR (EN EL AÑO PASADO)						OTROS NÚMEROS DE TELÉFONO EN DONDE SE LE PUEDE LOCALIZAR	
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a							
Idioma principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especifique)						Correo electrónico (opcional):	

SECCIÓN 2. ESCRIBA LOS NOMBRES DE TODOS LOS QUE VIVEN CON USTED, AUNQUE NO SEAN SOLICITANTES. PONGA SU NOMBRE EN LA PRIMERA LÍNEA DE LA LISTA.																	
LÍNEA	PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO (Incluya cualquier ALIAS o NOMBRE DE SOLTERA entre paréntesis)	FECHA DE NACIMIENTO (MM-DD-AA)	SEXO M/F	RELACIÓN CON USTED	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN) Opcional	ESCRIBA S (SÍ) O N (NO) PARA INDICAR SI ES O NO ES DE ORIGEN HISPANO O LATINO (OPCIONAL)						¿Necesita este niño cuidado infantil? S/N	PARA CADA NIÑO QUE NECESITA CUIDADO INFANTIL, RESPONDA S (SÍ) O N (NO)		
								H	I	A	B	P	W		¿Es el niño ciudadano de EE.UU./nacional o tiene un estado inmigratorio satisfactorio?	¿Tiene el niño una discapacidad?	¿Viven ambos padres en el hogar?
1				/ /		YO (solicitante)								N/A	N/A	N/A	N/A
2				/ /													
3				/ /													
4				/ /													
5				/ /													
6				/ /													
7				/ /													
8				/ /													

* Códigos de afiliación racial: I: nativo americano o nativo de Alaska, A: asiático, B: negro o afroamericano, P: nativo de Hawái u otra isla del pacífico, W: blanco

Puede usar páginas adicionales si necesita más espacio o desea incluir información que piensa que puede ser útil.

SECCIÓN 7. INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS								
Indique si usted o alguna de las personas que está solicitando con usted recibe dinero de:	SÍ	NO	¿QUIÉN?	MONTO BRUTO	PERÍODO (semana, mes, etc.)	¿QUIÉN?	MONTO BRUTO	PERÍODO (semana, mes, etc.)
Ingreso por trabajo (incluidos sueldos/salarios, horas extras, comisiones, programas de capacitación, propinas)								
Ingreso neto por trabajo por cuenta propia								
Pagos de manutención infantil (recibidos)								
Pagos de pensión alimenticia/apoyo conyugal (recibidos)								
Beneficios del Seguro de Desempleo, Compensación Laboral								
Beneficios del Seguro Social (incluido SSI)								
Beneficios por discapacidad (Estado de NY, VA, privado)								
Ingresos por alquiler/huésped/inquilino (recibidos)								
Intereses/dividendos de acciones, bonos, ahorros								
Pensiones o renta vitalicia								
Asistencia Pública (PA) en Efectivo, Subvención, Beneficios de la Red de Seguridad (<i>Safety Net</i>)								
Otro (especifique)								

SECCIÓN 8. TIEMPO DE VIAJE DESDE LA UBICACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL AL LUGAR DE TRABAJO/ACTIVIDAD EDUCATIVA U OTRA APROBADA.			
DESPUÉS DE DEJAR AL NIÑO	Tiempo de viaje desde la ubicación del proveedor de cuidado infantil al trabajo/actividad		¿Transporte público? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
RECOGIDA	Tiempo de viaje desde el trabajo/actividad a la ubicación del proveedor de cuidado infantil		¿Transporte público? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

SECCIÓN 9. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL		
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR	NOMBRES DE LOS NIÑOS	¿YA ESTÁN INSCRITOS?
		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

SECCIÓN 10. INFORMACIÓN ESCOLAR DEL NIÑO. Ingrese los nombres de todos los niños inscritos en la escuela			
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA ESCUELA	NOMBRES DE LOS NIÑOS	HORAS DE ASISTENCIA	
		HORA DE INICIO	HORA DE FINALIZACIÓN

SECCIÓN 11. AVISOS. LEA LOS SIGUIENTES CONSENTIMIENTOS Y CERTIFICACIONES IMPORTANTES.

INFORME DE CAMBIOS: Entiendo que al firmar esta solicitud estoy de acuerdo en informar a la agencia **inmediatamente** sobre cualquier cambio en mis necesidades, ingresos, arreglo de vivienda o dirección, a mi leal saber y entender. Acuerdo informar a la agencia inmediatamente sobre cualquier cambio en la organización del cuidado infantil, incluidos el lugar donde se presta dicho servicio, la persona que lo presta, la tarifa del proveedor y los horarios en los que se necesita el cuidado infantil.

SANCCIONES: Las leyes federales y estatales prevén sanciones, incluso multas, prisión o ambas, si no dice la verdad al solicitar Asistencia para Cuidado Infantil o en cualquier momento que le pregunten acerca de su elegibilidad, o si usted hace que otra persona mienta sobre su solicitud o su elegibilidad continua. Las sanciones también se aplican si oculta o no manifiesta hechos relacionados con su elegibilidad inicial o continua para recibir la Asistencia para Cuidado Infantil; o si oculta o no manifiesta hechos que afectarían los derechos de alguien para quien usted ha solicitado la obtención o la continuación de la Asistencia para Cuidado Infantil. Si usted es el representante autorizado que presenta la solicitud en nombre de alguien más, la Asistencia para Cuidado Infantil debe utilizarse para esa persona, no para usted mismo. Es ilegal obtener Asistencia para Cuidado Infantil por ocultar información o proporcionar información falsa.

CIUDADANÍA: Entiendo que al firmar este formulario de solicitud certifico, bajo pena de falso testimonio, que todos los niños que necesitan Asistencia para Cuidado Infantil son ciudadanos o nacionales de los Estados Unidos o son personas que tienen estado migratorio satisfactorio. Entiendo que esta información solo será compartida para hacer decisiones relativas al programa de Asistencia para Cuidado Infantil, y que el Servicio de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos puede ser contactado si se necesita más información para verificar el estado migratorio de los niños.

CONSENTIMIENTO PARA INVESTIGACIÓN: Entiendo que al firmar este formulario de solicitud, acepto colaborar plenamente con todas las investigaciones que se realicen para verificar o confirmar la información que he proporcionado o cualquier otra investigación relacionada con mi solicitud de Asistencia para Cuidado Infantil. Proporcionaré la información adicional que me soliciten.

RECURSOS: Certifico que los recursos de mi familia no son superiores a \$1,000,000. Los recursos incluyen, pero no se limitan a, efectivo, cuentas bancarias, bienes raíces, acciones, bonos, fondos mutuos, IRAs, cuentas de 401(k), seguro de vida, cuentas fiduciarias, anualidades, fondos/espacios de entierro.

NO DISCRIMINACIÓN: La presente solicitud será considerada sin distinción de raza, color, género, discapacidad, religión, credo, nacionalidad o creencias políticas.

SECCIÓN 12. CERTIFICACIÓN Y FIRMA

CERTIFICACIÓN: Juro y/o afirmo, bajo pena de falso testimonio, que toda la información que he proporcionado o que proporcionaré al departamento de servicios sociales local en relación con la Asistencia para Cuidado Infantil es correcta. Leí y entiendo los avisos anteriores. Entiendo y estoy de acuerdo con los consentimientos.

FIRMA DEL SOLICITANTE/REPRESENTANTE X	FECHA DE LA FIRMA / /	FIRMA DEL SEGUNDO SOLICITANTE X	FECHA DE LA FIRMA / /
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE:		NOMBRE EN LETRA DE MOLDE:	

ENVIAR SU SOLICITUD A: EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES LOCAL (LDSS) DEL CONDADO EN EL QUE VIVE.

FOR AGENCY USE ONLY:							
CASE NAME	CASE #	REGISTRY #	VERSION #	RE-USE INDICATOR <input type="checkbox"/>	DISTRICT: CASE TYPE: 40	DATE / /	
SERVICES TRANS TYPE: <input type="checkbox"/> New Open <input type="checkbox"/> Reopen <input type="checkbox"/> Recert				Disposition: <input type="checkbox"/> Denial	Reason Code	<input type="checkbox"/> Withdrawal	
ELIGIBILITY DETERMINED BY		DATE / /	ELIGIBILITY APPROVED BY			DATE / /	
CHILD CARE AUTHORIZATION FROM DATE / /		CHILD CARE AUTHORIZATION TO DATE / /		COMMENTS:			
L1 CIN:	L4 CIN:	L7 CIN:					
L2 CIN:	L5 CIN:	L8 CIN:					
3 CIN:	L6 CIN:	L9 CIN:					



Formulario de registro de votante en una agencia del estado de Nueva York

"Si no está registrado para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría presentar la solicitud para registrarse aquí hoy?"

Si (Si marcó Sí, llene la solicitud de **REGISTRO DE VOTANTE** al final de la página)

NO porque opté por no registrarme O

Ya estoy registrado en mi dirección actual O

Solicité y recibí un formulario de registro por correo.

Si no marca ninguna casilla, se considerará que decidió no registrarse para votar en este momento.

Si no marca ninguna casilla, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento.

(Firma)

(Fecha)

(Escriba su nombre en letra de molde)

¡Importante!

Registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará la ayuda que le dará esta agencia.

Si necesita ayuda para llenar el formulario de solicitud de registro como votante, lo ayudaremos. La decisión de pedir o aceptar ayuda es suya. Puede llenar el formulario de solicitud en privado.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ইংরেজীতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

SOLICITUD DE REGISTRO DE VOTANTE (instrucciones al reverso)

NVRA-05 (02/2015)

Sí, necesito una solicitud para recibir una Boleta de votación para el trabajador

Sí, quisiera trabajar en una mesa electoral el día de las elecciones

Escriba en computadora o a mano con letra molde utilizando tinta azul o negra

1	¿Es ciudadano/a de EE. UU.? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es NO, no llene este formulario		2	¿Tendrá 18 años cumplidos el día de las elecciones o antes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es NO, no complete este formulario a menos que cumpla 18 años antes de fin de año.		For Board use only!	
	3	Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre Sufijo					
4	Dirección de domicilio (no proporcione una dirección de código postal) Apt. No. Ciudad/Pueblo/Villa Código postal Condado						
5	Domicilio donde recibe el correo (si es diferente del anterior) P.O. Box, Star Route, etc. Oficina de correo Código postal						
6	Fecha de nacimiento	7	Sexo (encierre en un círculo) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	8	Número de teléfono de casa (opcional)	9	Número de identificación: marque la casilla que corresponda y escriba su número: <input type="checkbox"/> Número del DMV de New York _____ Si no tiene un número del DMV del estado de Nueva York, proporcione: <input type="checkbox"/> Últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social _____ <input type="checkbox"/> No tengo un número de licencia de conducir del estado de Nueva York
10	Año en que votó por última vez	Su domicilio era (indique número de casa, calle y ciudad)					
	En el condado/estado	Bajo el nombre (si es diferente de su nombre actual)					
11	Seleccione un partido: marque solo una casilla. <input type="checkbox"/> Partido Democrático <input type="checkbox"/> Partido Republicano <input type="checkbox"/> Partido Conservador <input type="checkbox"/> Partido de Familias Trabajadoras <input type="checkbox"/> Partido de la Independencia <input type="checkbox"/> Partido Verde <input type="checkbox"/> Otro (escriba _____) <input type="checkbox"/> No deseo inscribirme en ningún partido		12	DECLARACIÓN JURADA: Yo juro o afirmo que • Soy ciudadano de los Estados Unidos. • Habré vivido en el condado, ciudad o pueblo por lo menos 30 días antes de la elección. • Cumpliré con todos los requisitos para registrarme para votar en el estado de Nueva York. • La firma o marca que aparece en la línea de abajo es mía. La información anterior es verdadera, y comprendo que en caso de que no sea verdadera, puedo ser condenado y multado con hasta \$5,000 y/o encarcelado hasta por cuatro años.			
				Firma _____ Fecha _____			

(Opcional) Inscríbese para donar sus órganos o tejidos

Apellido _____
Primer nombre _____
Inicial del segundo nombre _____ Sufijo _____
Dirección _____
N.º de apto. _____ Código postal _____
Ciudad _____
Fecha de nacimiento _____ Sexo M F
Color de los ojos _____ Estatura _____ Pies _____ Pulg. _____

Con su firma a continuación, usted certifica que:

- Es mayor de 18 años de edad
- Otorga su consentimiento para donar todos sus órganos y tejidos para trasplantes, investigación o ambos;
- Autoriza a la Junta Electoral a entregar su nombre e información de identificación al DOH para inscribirse en el Registro;
- Y autoriza al DOH a permitir el acceso a esta información a organizaciones de obtención de órganos reguladas por el gobierno federal, a bancos de tejidos y ojos con licencia del estado de Nueva York y a hospitales en caso de que usted fallezca.



Firma

Fecha

Calificaciones para el registro

Puede usar este formulario para:

- registrarse para votar en el estado de Nueva York;
- cambiar su nombre y/o domicilio, si hubo algún cambio desde la última vez que votó;
- afiliarse a un partido político o cambiar su afiliación.

Para inscribirse debe:

- ser ciudadano de EE. UU.;
- tener 18 años al 31 de diciembre del año en el que presente este formulario (Nota: debe tener 18 años en la fecha de las elecciones generales, primarias o de otro tipo en las que desee votar);
- ser residente del condado o de la ciudad de Nueva York, al menos 30 días antes de una elección;
- no debe estar en prisión ni en libertad condicional por haber cometido un delito grave; y no debe reclamar el derecho a votar en otro lugar.

¡Importante!

Si considera que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a su negación para registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si desea registrarse o al presentar su solicitud para registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, debe presentar una queja ante:

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729
Teléfono: 1-800-469-6872;

Los usuarios de TDD/TTY deben comunicarse con el sistema de retransmisión del estado de Nueva York llamando al 711; o visitar nuestro sitio web: www.elections.ny.gov

Su decisión de registrarse será confidencial y se utilizará exclusivamente para fines del registro de votante. Ninguna persona que no elija registrarse para votar y/o la información sobre la oficina ante la cual se presentó la solicitud serán confidenciales, y se utilizará exclusivamente para los fines del registro de votante.

Verificación de identidad

Intentaremos verificar su identidad antes del día de las elecciones, mediante el **número del DMV (número de la licencia de conducir o número de identificación de no conductor)**, o mediante los **cuatro últimos dígitos de su número de Seguro Social**, que usted indicará en la casilla 9.

Si no tiene número del DMV o Seguro Social, puede usar una identificación válida con foto, una factura actual de servicios públicos, un estado de cuenta bancaria, un cheque de su sueldo, un cheque del gobierno o algún otro documento del gobierno que muestre su nombre y domicilio. Con este formulario puede incluir una copia de uno de esos documentos de identificación.

Si no podemos verificar su identidad antes del día de las elecciones, se le pedirá una identificación cuando vote por primera vez.

Para llenar este formulario:

Es delito procurar un registro falso o dar información falsa a la Junta Electoral.

Casilla 9: Debe marcar una opción. Si tiene alguna pregunta, consulte *Verificación de identidad* más arriba.

Casilla 10: Si nunca ha votado, escriba "None". Si no puede recordar cuándo votó por última vez, escriba un signo de interrogación (?). Si votó con un nombre diferente, anote ese nombre. De lo contrario, escriba "Same".

Casilla 11: Marque únicamente una casilla. Para votar en una elección primaria, debe estar afiliado a uno de éstos partidos listados, excepto el Partido independiente, el cual permite que los votantes no inscritos participen en ciertas elecciones primarias.
